



6. El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento.

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecho** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice una APENDICECTOMÍA

En.....  
(Lugar y fecha)

**Fdo.: El/la médico**  
**Nº Colegiado** \_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente**

**Fdo.: El/la representante legal, familiar o allegado**

### Revocación

Doña :..... de .....años de edad, con  
(Nombre y dos apellidos)  
domicilio en ..... y DNI Nº.....

Don/Doña :..... de .....años de edad, con  
(Nombre y dos apellidos)  
domicilio en ..... y DNI Nº.....

en calidad de ..... de Doña:.....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha .....y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....  
(Lugar y fecha)

**Fdo.: El/la médico**  
**Nº Colegiado** \_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente**

**Fdo.: El/la representante legal, familiar o allegado**